

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 148

L'ADÉNOMYOME

DE

LA CLOISON RECTO-VAGINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1932

PAR

Louis-Jean-Charles SOURGEN

Né à UZA (Landes), le 12 avril 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président
		CHAVANNAZ, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 148

L'ADÉNOMYOME

DE

LA CLOISON RECTO-VAGINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juillet 1932

PAR

Louis-Jean-Charles SOURGEN

Né à UZA (Landes), le 12 avril 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président</i>
		CHAVANNAZ, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOULIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants...	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id..... Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-ONCLES

LES PÈRES JUSTIN ET JOSEPH CAUSSEQUES

Missionnaires à Madagascar,

Qui consacrèrent plus de cinquante ans
de leur existence à secourir les malheu-
reux.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

JOSEPH CAUSSEQUES

Homme de cœur.

A MA COUSINE LOUISE-EUGÉNIE CAUSSEQUES

(in memoriam)

Fleur idéale presque aussitôt séchée
qu'éclosoe.

A MA GRAND'MERE

Vigilante gardienne de traditions fami-
liales, auxquelles nous ne faillirons pas.

A MON PERE — A MA MERE

A MA SOEUR

Trop faible témoignage de reconnais-
sance émue pour leur si affectueuse sol-
licitude.

MEIS ET AMICIS

AU BORDEAUX ETUDIANTS CLUB

Source d'amitiés si chères et tombeau
d'un enthousiasme si pur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la médaille interalliée et de la médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

Avec l'hommage de notre respectueuse
reconnaissance en souvenir des leçons
magistrales dont nous ne savions quoi le
plus admirer de la solidité du fonds ou
de l'élégance de la forme.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Bien indigne remerciement pour ses
précieux encouragements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLEMIN

*Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Bordeaux,
Croix de guerre,
Officier d'Académie,
Officier de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

*Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

En souvenir de la sympathie dont il
voulut bien nous honorer.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUBECQ

Professeur agrégé d'anatomie à la Faculté de Médecine.

En reconnaissance du bienveillant inté-
rêt qu'il ne cessa de nous porter.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN VILLAR

*Chirurgien des Hôpitaux,
Assistant du Professeur Guyot.*

Qui nous inspira ce travail et fut pour
nous un guide vigilant et avisé.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAPIN

*Chargé du cours complémentaire de médecine opératoire
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société nationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Qui voulut bien s'intéresser à notre
travail et nous fournir une observation
précieuse, avec l'assurance de nos senti-
ments de vive gratitude tant pour ses
leçons concises et claires que pour son
infinie complaisance.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre correspondant de la Société de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.

CHER MAÎTRE,

Dans votre enseignement hospitalier, si vivant et si simple, vous avez bien voulu me réserver le plus bienveillant accueil. D'un mot familier, chaque jour, vous reteniez mon attention, parfois rétive, et vous me prodiguez, sur le ton le plus cordial, vos conseils si autorisés. Je vous avais déjà voué une vive reconnaissance. Aussi ne saurais-je vous exprimer ma gratitude infinie d'avoir bien voulu me faire le grand honneur d'accepter aujourd'hui la présidence de cette thèse.

L'ADÉNOMYOME

DE

LA CLOISON RECTO-VAGINALE

INTRODUCTION

Le but de ce travail ? Apporter notre modeste contribution à l'étude de l'adénomyome, qui se développe en arrière du col de l'utérus, dans la cloison recto-vaginale ou du cul-de-sac de Douglas.

Malgré sa fréquence relative et son importance clinique, la localisation particulière de cette tumeur bénigne n'a été individualisée que fort tard.

A l'étranger, cette question a suscité depuis assez longtemps un vif intérêt, chez les auteurs américains et anglais notamment, témoin les importantes études de Cullen et Lockyer, en particulier. Mais nous devons signaler surtout l'influence décisive des travaux d'Archibald Donald. Depuis 1923, époque de leur publication, de nombreuses observations ont été rapportées, fécondes en commentaires quant à la pathogénie et à la thérapeutique de cette tumeur particulière.

Malgré l'article de Forgue et Massabuau sur l'« adénomyomatose de l'utérus et du rectum », en 1913, cette affection est

restée longtemps mal connue en France et réputée très exceptionnelle.

C'était une lacune. En 1926, elle fut comblée. Après une analyse complète des documents épars dans la littérature médicale, Michon et Comte ont publié, à propos de quinze observations personnelles, une intéressante mise au point de la question.

En plus du privilège de deux observations inédites, nous avons bénéficié d'un autre avantage : nous avons pu revoir les deux malades, dont nous citons le cas respectivement, deux ans et quatre ans après l'opération. Frappé par les heureux résultats des interventions chirurgicales, nous avons été amené à revoir de façon plus complète la question de l'adénomyome de la cloison recto-vaginale.

Après avoir étudié cette affection au point de vue histologique et quant à sa pathogénie, nous nous efforcerons de grouper les signes les plus caractéristiques de l'adénomyome recto-vaginal en un tableau clinique, qui, certes, n'impose pas le diagnostic, mais doit permettre au praticien de penser à l'endométriome et d'y apporter le traitement rationnel.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — Anatomie pathologique macroscopique.

A la coupe, la tumeur fait songer à un fibrome en raison de la dureté du tissu et de son aspect blanchâtre avec des tourbillons. Mais, sur ce fond, se détachent, éléments caractéristiques, de petites formations de couleur brunâtre que l'on reconnaît être des cavités adénomateuses. Leur grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois. A la pression, on fait sourdre un liquide brun noirâtre, qui est du sang plus ou moins altéré.

En ce qui concerne leurs rapports avec les tissus avoisinants, ces tumeurs présentent le gros caractère de n'être jamais encapsulées, donc impossibles à énucléer. Elles infiltrent, d'une façon diffuse et sans limites précises, les régions voisines.

Michon et Comte décrivent à la tumeur quatre formes anatomiques.

1° *Forme vaginale ou de début.* — C'est une masse indurée de très petit volume siégeant à la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure. A la coupe, elle ne contient que fort peu de cavités adénomateuses difficiles à reconnaître à l'œil nu.

Si la lésion affleure la muqueuse vaginale, elle se présente sous forme de petits kystes bleuâtres, transparents sous la muqueuse vaginale et reposant sur une masse indurée.

2° *Forme nodulaire.* — A ce stade, la tumeur a grossi; elle s'est individualisée, elle atteint le volume d'une petite noisette. Assez bien limitée mais non encapsulée, elle part gé-

néralement de la face postérieure du col de l'utérus et se développe vers le vagin.

3° *Forme diffuse*. — La tumeur a encore grossi. Elle s'est étendue et commence à infiltrer les tissus voisins. Elle forme une masse imprécise; elle loge sous le Douglas, entre le col, le vagin et le rectum, auquel elle adhère, épaississant sa paroi, mais, fait capital, laissant indemne la muqueuse.

4° *Forme pelvienne*. — Cette forme se rencontre à un stade très avancé. Il y a envahissement du petit bassin avec refoulement et compression des organes voisins, surtout du rectum et des uretères. A ce stade, il est difficile de définir quel est le point de départ exact de la tumeur.

II. — Anatomie pathologique microscopique.

Les tumeurs adénomyomateuses sont constituées essentiellement par trois éléments :

- L'épithélium;
- Le tissu conjonctif;
- Le tissu musculaire

L'épithélium représente l'élément fondamental de la tumeur.

Il est formé par des cellules cylindriques ciliées à gros noyaux. Ces cellules épithéliales sont disposées de façon à former des tubes adénomateux. Ces tubes peuvent se dilater et, en se dilatant, prendre des formes kystiques.

La lumière des tubes adénomateux renferme, le plus souvent, du sang. La présence du sang est constante au moment des règles. Il se produit des hémorragies intrakystiques qui expliquent les phénomènes douloureux survenant lors des époques.

Le tissu conjonctif péritubulaire, encore appelé « tissu cytogène », est représenté, d'après Letulle, par des cellules conjonctives aplaties, à noyau central ovoïde, riche en chromatine. Les prolongements protoplasmiques forment avec ceux

des cellules voisines des mailles serrées entre lesquelles se trouvent des capillaires sanguins facilement reconnaissables.

Le tissu conjonctif est d'abondance variable, il peut même manquer complètement. Son intérêt provient surtout du fait que c'est lui qui assure l'envahissement des tissus voisins par la tumeur.

D'autre part, ce tissu cytogène présente une réaction déciduale absolument comparable à celui de la muqueuse utérine.

Le tissu musculaire est constitué par des fibres musculaires lisses, en tout point semblables à celles de l'utérus. Cependant sa présence n'est pas constante dans les endométriomes recto-vaginaux, et, lorsqu'il existe, son abondance n'est pas très considérable.

Pour conclure, comme le font judicieusement remarquer Michon et Comte, histologiquement, l'adénomyome est, dans les cas typiques, un « petit utérus en miniature ».

PATHOGENIE

Pour cette étude, nous allons examiner les travaux concernant l'adénomyomatose en général.

La pathogénie des endométriomes a suscité des hypothèses fort nombreuses. Pour chaque localisation particulière de la tumeur, on a cherché une théorie différente. Ces théories nous paraissent pouvoir être groupées en cinq grandes classes :

- 1° l'hypothèse dysembryoplasique;
- 2° l'hypothèse de la métaplasie;
- 3° la théorie endométriale ou diverticulaire;
- 4° la théorie péritonéale embryonnaire;
- 5° la théorie des greffes.

Chacune de ces hypothèses, nous le verrons, peut à la rigueur permettre d'expliquer une localisation particulière de l'endométriomatose. Seule la théorie des greffes fournit des éclaircissements sur le processus général.

1° *La théorie dysembryoplasique.* — Hypothèse wolffienne de Recklinghausen, l'adénomyome, tumeur bénigne, se développe aux dépens du pronéphros, du mésonéphros ou du canal de Wolff.

Pour cet auteur, ces tumeurs sont constituées par des pseudo-glomérules des tubes sécréteurs et excréteurs, reliquats du corps de Wolff embryonnaire.

Recklinghausen notait, à l'appui de sa théorie, la localisation fréquente de ces tumeurs au niveau de la corne utérine où s'entre-croisent les canaux de Wolff et de Müller.

On a objecté à cette théorie :

a) Qu'elle était incapable d'expliquer les adénomyomes extra-génitaux de l'ombilic et de l'S iliaque, par exemple.

b) Qu'il y aurait eu erreur d'interprétation histologique,

les pseudo-glomérules n'étant que la saillie du tissu cytogène dans les kystes adénomateux; les tubes excréteurs et sécréteurs n'étant que de grands kystes adénomateux, à cellules hautes.

La théorie müllérienne (qui succéda à la précédente) prête également aux mêmes objections; elle ne présente plus qu'un intérêt histologique.

2° *La théorie métaplasique.* — La cellule de l'endothélium péritonéal normalement aplatie, pourrait, sous des influences diverses (physiologiques comme la grossesse, pathologiques comme l'infection), réagir d'une certaine façon, changer de forme, devenir cylindrique, posséder des cils vibratiles, en un mot devenir identique à la cellule épithéliale de la muqueuse utérine normale.

3° *La théorie de Cullen ou diverticulaire*, suivant laquelle, il y aurait hyperplasie de la muqueuse utérine enflammée et envahissement des tissus voisins par une sorte de processus de réparation qui dépasse son but, cette théorie, disons-nous, ne paraît vraiment pas s'appliquer à l'adénomyome recto-vaginal.

4° *La théorie péritonéale embryonnaire.* — Le péritoine dérive de l'épithélium coelomique, tout comme le canal de Müller. Certaines cellules de cet épithélium persistent chez l'adulte à l'état embryonnaire, elles pourraient encore, sous l'influence de l'inflammation, évoluer vers un tissu de type adénomyomateux. Mais au facteur inflammation, qui ne peut suffire à lui seul, il faut ajouter l'influence importante des glandes génitales actives, de l'ovaire surtout.

Pour Gross, cette potentialité adénomyomateuse serait même limitée au péritoine de la région.

En somme, cette théorie paraît assez satisfaisante pour l'explication des endométriomes recto-vaginaux.

L'épithélium coelomique est à l'origine du péritoine de la région de la muqueuse vaginale qui dérive des canaux de Müller. D'où possibilité d'un point de départ de la tumeur, soit dans la muqueuse vaginale, soit dans le péritoine.

L'inflammation chronique, fréquente dans la région, peut à la rigueur expliquer la fréquence de la localisation recto-vaginale. Enfin, le rôle des glandes génitales paraît certain, puisque l'endométriome existe chez la femme en pleine période d'activité génitale.

En 1922-1923, plusieurs auteurs, A. Donald, Sampson, trouvèrent presque constamment dans les interventions pour adénomyomes recto-vaginaux des lésions ovariennes sous forme de petits kystes bilatéraux adhérents à la face postérieure du ligament large et contenant un liquide noirâtre, constitué par du sang analogue à celui des hématométries.

Pour Sampson, le sang menstruel contenant des cellules de la muqueuse utérine pourrait refluer par la trompe ouverte, se greffer sur l'ovaire et y donner lieu à la formation de kystes goudrons.

Sous l'influence de la menstruation, ces kystes pourraient se rompre et provoquer un véritable ensemencement des tissus avoisinants et fréquemment de la cloison recto-vaginale en particulier.

Cette *greffe* de fragments de muqueuse utérine sur les tissus voisins n'est pas une vue de l'esprit; elle a été obtenue, chez l'animal, par divers auteurs, Stilling et Jacobson à l'étranger, Violet en France.

ETUDE CLINIQUE

Il convient d'aborder l'étude de l'adénomyome de la cloison recto-vaginale en ayant bien présents à l'esprit deux faits essentiels :

1° Au point de vue général, c'est une tumeur qui ne se rencontre qu'au cours de la période d'activité génitale;

2° Au point de vue particulier, c'est la plus fréquente des tumeurs de l'espace recto-vaginal.

Enfin, si l'on en croit nombre d'auteurs, le diagnostic serait possible, même avant l'intervention.

I. — Signes fonctionnels.

Il nous faut mettre en évidence trois signes essentiels de l'adénomyome de la cloison recto-vaginale :

La dysménorrhée douloureuse;

Les troubles rectaux;

Les hémorragies.

LA DYSMÉNORRÉE DOULOUREUSE. — Elle n'est pas un signe particulier à l'adénomyome de la cloison recto-vaginale. Isolée, c'est un symptôme commun à tous les endométrïomes utérins et à d'autres maladies de la femme.

La physiologie pathologique de ces tumeurs explique fort bien le caractère des douleurs, puisque, au moment des règles, il se produit dans les tubes adénomateux une petite hémorragie, en tout point semblable à celle de la muqueuse utérine normale en période de menstruations.

Survenant au moment des règles, disparaissant, dans leur intervalle, ces douleurs constituent un signe très important par leur fréquence et leur précocité; il est exceptionnel de les voir manquer.

Si on a pu les voir survenir quelquefois avant les périodes menstruelles exceptionnellement après, elles semblent présenter leur intensité maxima dans les deux premiers jours des règles.

Leur acuité est extrême, souvent telle que les malades sont obligées de garder le lit et réclament avec insistance une intervention qui les soulage.

En ce qui concerne leur siège, ces douleurs sont surtout abdominales et pelviennes, et, comme l'a signalé Violet au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de 1925, elles s'accompagnent d'irradiations rectales et vésicales telles que cet auteur leur a donné le nom de « syndrome du ganglion hypogastrique ».

Parfois, ces douleurs sont généralisées à tout l'abdomen et elles sont accompagnées de nausées et de vomissements.

La *dyspareunie*, ou la douleur au coït, est très fréquente. Comme le fait remarquer Derocque, toute pression exercée sur la tumeur est pénible. On comprend donc les réactions douloureuses provoquées par le coït tout comme le fait le passage du bol fécal, de la canule à injection ou le toucher vaginal. Signe à noter, car il est précoce et fréquent. Ce serait, surtout, un bon signe de début.

LES TROUBLES RECTAUX. — Ils constituent un signe tout à fait caractéristique de l'adénomyome de cloison recto-vaginale.

C'est une véritable rectalgie menstruelle. Il existe une sensation de pesanteur rectale, périnéale, anale, avec des tiraillements. Au moment de la défécation, ces douleurs s'exagèrent, prennent un caractère aigu, extrêmement pénible pour les malades.

Cette rectalgie est évidemment liée à la menstruation. On ne la rencontre pas, en effet, dans l'intervalle des règles; elle apparaît trois ou quatre jours après le début de celles-ci, et persiste plusieurs jours après leur terminaison.

Cette rectalgie s'accompagne souvent de ténésme vésical, et, quelquefois, de perte de sang rouge par l'anús, due probablement à l'hyperplasie de la muqueuse rectale.

La constipation est fréquente, opiniâtre; elle subit une exaspération menstruelle fort marquée les derniers jours des règles. D'autres troubles digestifs (météorisme, anorexie, nausées) lui font souvent cortège.

L'association de la dysménorrhée, avec des troubles rectaux, est le signe le plus caractéristique de l'endométriome de la cloison recto-vaginale.

LES HÉMORRAGIES. — Associées à la dysménorrhée et aux troubles rectaux, elles complètent le tableau clinique.

En général, il y a exagération des pertes sanglantes, de véritables hémorragies par augmentation progressive de l'abondance et de la durée des règles, qui peuvent se prolonger jusqu'à quinze jours.

Chez quelques malades, on observe des pertes intermenstruelles constituées par du sang noir, peu abondant : ce sont plutôt des suintements que des pertes véritables.

Nous ne signalons point quelques cas de troubles de la miction (dysurie et pollakiurie) rapportés par certains auteurs. Derocque a même cité l'observation d'une malade de Heineberg présentant une rétention chronique. Phénomènes tardifs et exceptionnels provoqués par une tumeur parvenue à un développement excessif.

II. — Signes physiques.

Les signes physiques diffèrent suivant le stade évolutif de l'affection et suivant sa forme anatomique.

Nous avons vu, à propos de l'anatomie pathologique de la tumeur, qu'il fallait distinguer une forme vaginale ou de début, une forme modulaire, une forme diffuse, enfin une forme pelvienne de tumeur étendue.

Les signes physiques sont superposables à ces formes anatomiques, qui ne constituent d'ailleurs que les différents

stades par lesquels passe la tumeur en augmentent de volume.

Tout à fait au début, on pourrait découvrir, au toucher vaginal, en un point du cul-de-sac postérieur, un manque de souplesse de la muqueuse vaginale, et quelquefois une induration petite, sans limites nettes, douloureuse au toucher.

Le toucher rectal permet de préciser encore le siège de cette induration dans la partie supérieure de la cloison recto-vaginale.

Dans certains cas, cette induration est plus difficilement accessible : quand elle siège au niveau d'un ligament utéro-sacré, dont il peut être mal aisé de sentir l'épaississement; ou encore lorsqu'elle est dans la portion supra-vaginale du col de l'utérus. Il faut alors déprimer le cul-de-sac postérieur du vagin pour l'atteindre.

Plus concluantes sont les données de l'examen clinique lorsque la tumeur a grossi et se présente sous la forme d'un nodule localisé.

Le toucher vaginal et le toucher rectal permettent de sentir une tuméfaction douloureuse, principalement au moment des règles. Tuméfaction de la grosseur d'une noisette, assez mal limitée et peu mobile, qui adhère davantage à la face postérieure du col qu'à la paroi antérieure du rectum. En effet, la muqueuse de ce conduit est parfaitement libre et glisse facilement sur la tumeur. Signe capital pour différencier cliniquement ces tumeurs de l'épithélioma du rectum.

On complétera utilement l'examen clinique par un examen au spéculum, qui montrera, au niveau du cul-de-sac postérieur, des taches bleues, sur la muqueuse. Ce sont les « kystes bleus » des auteurs anglais. De nombre et de volume variable, leur incision provoquera un écoulement de sang brunâtre.

Arrivé au stade de tumeur diffuse, les caractères de l'adénomyome de la cloison recto-vaginale sont tout différents. Jusqu'alors localisée, la tumeur s'étend de façon diffuse, comme une affection inflammatoire qui comblerait le cul-de-sac de Douglas.

DIAGNOSTIC

I. — Diagnostic positif.

Nous avons vu que la clinique fournit une symptomatologie relativement riche et précise. Nous ne saurions cependant souscrire de façon formelle aux conclusions de certains auteurs, qui font, parmi les divers adénomyomes, une place à part à celui de la cloison recto-vaginale en raison de sa particulière richesse symptomatique, qui devrait permettre le diagnostic.

Sans doute, si une malade accuse de la dysménorrhée douloureuse, une rectalgie menstruelle et que l'on trouve, au toucher, des néo-formations au niveau des culs-de-sac postérieurs, on doit penser à un adénomyome. Mais bien souvent les symptômes sont beaucoup plus vagues. Certains sont absents et on ne peut conclure toujours de façon formelle.

Dans ces conditions, on conçoit que l'hésitation soit possible avec un certain nombre d'affections de la région, qui, par leurs caractères physiques, peuvent simuler un endométriose.

II. — Diagnostic différentiel.

En présence d'un nodule siégeant au niveau de la cloison recto-vaginale, on pense plutôt à une affection utérine ou annexielle, d'autant plus qu'il n'est pas rare de trouver des lésions de l'utérus et des annexes.

Pour éliminer ces diverses affections, il faudra rechercher les signes fonctionnels spéciaux aux adénomyomes : le fait

que la tumeur est douloureuse au toucher, surtout au moment des règles.

Dans le cas de tumeur plus étendue, si cette tumeur est bien limitée, il faut discuter :

1° Des reliquats d'une vieille hématocele (les antécédents permettront le diagnostic).

2° D'une tumeur utérine ou du ligament large, ayant doublé la cloison recto-vaginale. Le diagnostic est très difficile, impossible même si l'on ne parvient pas à isoler la tumeur.

Si la tumeur est diffuse et adhérente, on pense plutôt à une affection inflammatoire : cellulite pelvienne ou tuberculeuse annexielle. Ce sont encore les antécédents, les caractères fonctionnels propres des endométrïomes, qui doivent mettre sur la voie du diagnostic.

S'il y a des signes physiques et fonctionnels de sténose rectale, il est difficile de différencier un endométrïome adhérent des « *fibroses périméto-rectales* » de Fiolle. Ces lésions scléreuses sont l'aboutissant d'affections inflammatoires (gonococciques ou puerpérales) des organes génitaux internes de la femme. Au point de vue fonctionnel, les malades se plaignent d'alternatives de constipation et de diarrhée et de douleurs, à forme d'épreintes rectales. On a souvent signalé aussi des troubles génitaux : douleurs, dysménorrhée, gêne dans les rapports sexuels. Au toucher, on sent que le rectum est enserré par des masses fibreuses extrêmement dures, qui l'encerclent.

Au toucher recto-vaginal combiné, rectum et vagin postérieur sont fusionnés et ne sont plus mobilisables. Pour arriver à un diagnostic exact, il importe au plus haut point de rechercher les antécédents génitaux. Les femmes qui viennent à la consultation parlent de métrite, d'inflammation, et l'on relève des signes de salpingite qui mettent sur la voie du diagnostic.

Dans le cas de tumeurs diffuses, à tendances envahissantes, le diagnostic important est celui de néoplasme du rec-

tum. Mais il est un signe différentiel capital en faveur de l'endométrrome, c'est que la muqueuse rectale est parfaitement souple et glisse bien sur la tumeur, qui ne l'infiltré jamais.

Dans quelques cas, nous l'avons vu, l'endométrrome se présente comme des formations polypeuses appendues à la cloison recto-vaginale. Le diagnostic en est facile avec un polype utérin descendu dans le vagin : le doigt peut faire le tour de la tumeur, on peut trouver un pédicule au niveau du col utérin. De même, un polype du rectum n'envahit pas la cloison recto-vaginale, et le trouble rectal nous renseignera sur son point d'origine.

• EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'évolution des adénomyomes recto-vaginaux est excessivement variable. Et si, dans certains cas, chez des malades porteuses d'un ou plusieurs nodules adénomyomateux et revues plusieurs années après on n'a point constaté de progrès de la tumeur, plusieurs observations signalent, par contre, des cas de tumeurs à développement rapide, qui, en quelques mois, augmentent de volume au point de provoquer de véritables complications.

Et c'est presque uniquement aux compressions causées par l'exagération du volume de la tumeur que doivent être attribuées les complications de l'adénomyome recto-vaginal.

Il est exceptionnel de voir l'état général atteint chez une malade porteuse d'un endométriome, sauf dans le cas où les pertes sanglantes répétées entraînent un certain degré d'anémie. Les compressions exercées par la tumeur peuvent porter sur les divers organes du pelvis et surtout sur *le rectum, l'uretère et les nerfs du plexus sacré*. Elles se traduisent par des troubles de la défécation, de la distension pyélique, des douleurs analogues à celles d'un cancer du col, à la période terminale.

Remarquons, d'ailleurs, que ces éventualités sont tout à fait rares, car il est exceptionnel que l'on rencontre des tumeurs parvenues à un tel développement.

PRONOSTIC

En raison de leur nature histologique, les adénomyomes recto-vaginaux, comme tous les adénomyomes en général, doivent être considérés comme des tumeurs bénignes. Au point de vue vital, ils ne deviennent graves que si, atteignant un volume exagéré, ils provoquent des adhérences rectales ou urétérales.

La transformation maligne est exceptionnelle; cependant, Derocqué cite dans sa thèse deux observations : l'une de Max Schwaab, l'autre de Wilson, dans lesquelles la dégénérescence carcinomateuse fut observée.

Nous avons vu que la tumeur pouvait rester indéfiniment au stade de nodule bien limité, n'entraînant que des troubles fonctionnels, mais qu'elle pouvait s'accroître et entraîner des complications. Comme rien ne permet de prévoir si cette évolution grave se fera, le traitement chirurgical paraît parfaitement justifié, quel que soit le stade où se trouve la tumeur.

D'ailleurs, il est fréquent que les malades réclament elles-mêmes une intervention à une période assez précoce de l'évolution de la tumeur, par suite des troubles fonctionnels pénibles qu'elles ressentent et qui les amènent à consulter de bonne heure.

TRAITEMENT

Au point de vue curatif, le diagnostic posé, deux méthodes à discuter, comme pour tout autre tumeur : les moyens physiques et le traitement chirurgical.

La curiethérapie a donné des résultats assez satisfaisants à certains auteurs étrangers.

Théoriquement, le radium agirait de deux façons :

1° Il agirait sur la tumeur elle-même, mais son action n'est pas bien connue. Et personne ne cite des résultats très séduisants. Herly mentionne même un cas de récurrence consécutive à deux applications de radium.

2° De plus, le radium agirait sur les ovaires et son action sur la fonction ovarienne pourrait provoquer la diminution ou la disparition de la dysménorrhée. Cette hypothèse attend encore confirmation.

La raëntgenthérapie aurait donné d'excellents résultats entre les mains de Dœderlein et Schickele. Grâce à la radiothérapie, Williamson aurait obtenu l'arrêt de l'adénomyomatose et la cessation des règles et des douleurs. Pour d'autres, cette thérapeutique causerait des déboires.

En somme, le traitement de l'adénomyome recto-vaginal par les agents physiques ne semble pas avoir été, jusqu'à ce jour, mis au point d'une façon définitive. Les résultats obtenus sont trop variables pour que nous puissions nous permettre d'accorder pleine confiance à ces méthodes et de dispenser ainsi les malades d'une opération.

A cause des récurrences assez fréquentes, et aussi à cause d'une confusion toujours possible d'une adénomyomatose avec une tumeur maligne, nous préférons le traitement chirurgical.

Le but de la chirurgie ? Comme pour toute tumeur, l'ablation, aussi complète que possible, et, en outre, la cure (si nécessaire est) des lésions ovariennes, très fréquentes, et dont le rôle est si important dans la dissémination de l'endométriomatose.

Donc, selon les cas, deux procédés essentiels :

1° L'excision simple de la tumeur;

2° L'excision de la tumeur associée à l'hystérectomie totale.

L'excision simple de la tumeur par voie vaginale n'est évidemment applicable que dans les cas de début, lorsqu'il n'existe qu'un petit nodule dans la cloison recto-vaginale. Cette thérapeutique minima, théoriquement parfaite si la tumeur est petite et bien limitée, nous semble, cependant, présenter certains inconvénients :

a) D'abord, elle ne permet pas de vérifier les lésions d'adénomyomatose qui peuvent exister au niveau des ovaires et provoquer un réensemencement du Douglas;

b) D'autre part, un nodule, si petit soit-il, peut adhérer précocement au rectum d'une façon imprévisible et, de par cette adhérence, être cause, au cours de l'intervention, d'une blessure du conduit dont la suture sera difficile par voie basse.

Derocque relève dans sa thèse vingt opérations de ce genre. Il signale trois résultats favorables sans récidives. Dans les autres cas, les malades ne furent pas soulagées ou bien elles présentèrent des récidives qui nécessitèrent une intervention par voie abdominale.

L'ablation des nodules, combinée à l'hystérectomie vaginale, a été pratiquée dans cinq cas. Il y aurait eu un bon résultat éloigné.

Dans le cas d'une tumeur plus volumineuse, occupant la face postérieure du col de l'utérus, l'excision de l'adénomyome par voie abdominale, excision associée à l'hystérectomie totale, nous paraît le traitement de choix.

Cette méthode permet, en effet, un décollement au grand

jour de la cloison recto-vaginale et une suture plus facile du rectum si celui-ci est lésé au cours de l'intervention.

Autre avantage : l'hystérectomie totale permet de soustraire (lorsque la tumeur n'a pu être extirpée en totalité) les reliquats de cette tumeur à l'influence indéniable de la fonction ovarienne.

Quand il s'agit d'une tumeur adhérent à la paroi rectale antérieure, le choix de l'intervention et de la technique devient plus délicat et les opinions divergent.

Avec Lockyer, la majorité des auteurs ne s'inquiètent point de l'envahissement du rectum. Par une dissection grossière, il faut, selon eux, séparer la portion adhérent à la paroi rectale. Et, si l'infiltration du rectum est trop profonde, ils estiment qu'il n'est pas nécessaire de toucher à cette portion d'intestin lésée. Si l'excision de l'adénomyome n'est pas trop incomplète, il n'y aurait point de danger à abandonner ainsi la paroi rectale infiltrée. Après l'hystérectomie totale, une castration complète, l'évolution des éléments adénomateux abandonnés s'arrête.

Au contraire, Cullen se montre partisan de la résection, dans tous les cas, de la portion adhérente du rectum. Mais, dans sa thèse, Nathan objecte à cette conception l'aggravation du pronostic et l'augmentation sensible du pourcentage de mortalité (18 p. 100).

Dans le cas d'adénomyomatose pelvienne généralisée avec phénomènes de compression, la conduite à tenir est plus difficile.

Dans un cas, Lockyer fit un anus iliaque définitif et enleva secondairement, en bloc, tumeur, utérus et rectum. Les cas de ce genre, pour aussi rares qu'ils soient, nous paraissent plutôt justiciables de la curiethérapie.

Dans les rapports de Donald, en 1925, au Congrès anglais d'obstétrique et de gynécologie, les tendances conservatrices se sont manifestées.

Donald conseille, en effet, étant donnée la fréquence extrême des kystes goudrons des ovaires, d'examiner avec soins ces derniers.

• S'il y a des lésions ovariennes bilatérales, castration totale, même avec une tumeur très petite. Si un seul ovaire est touché, on peut pratiquer une intervention réduite au minimum : ablation de l'ovaire et excision simple de la tumeur, mais seulement dans le cas où cette tumeur est petite.

Néanmoins, ces opérations conservatrices ne paraissent pas devoir emporter la préférence sur la cure radicale, préconisée par la majorité des auteurs.

Même sans songer à la réactivation possible d'un fragment laissé dans le Douglas, on est plus souvent obligé de pratiquer une hystérectomie totale, non seulement à cause de la tumeur elle-même, mais encore parce qu'il existe dans beaucoup de cas des lésions associées, utérines ou annexielles : utérus fibromateux (malade du Professeur Papin); annexite bilatérale (malade du Docteur Jean Villar).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'extrême obligeance du Docteur Jean VILLAR, chirurgien des Hôpitaux, assistant du Professeur J. GUYOT, à la Clinique gynécologique de l'Hôpital Boursier.)

M... (Gisèle), 30 ans, de Bordeaux.

Entrée à l'Hôpital Boursier (service du professeur Guyot) le 21 juillet 1930, salle 3, lit n° 26.

Malade envoyée par le docteur Jean Villar pour sensation de pesanteur dans le petit bassin, sans hémorragie ni pertes purulentes.

Historique. — Il y a trois ans, la malade eut une grossesse avec placenta prævia (ce qui conduisit son médecin à faire un accouchement prématuré à huit mois). Depuis cette époque, elle présente des sensations de pesanteur dans le bas-ventre (sans crises douloureuses nettes, sans irradiations) se produisant au moment où elle se fatigue et se tient debout, disparaissant au repos. Jamais de crises avec température ou nausées. Pertes blanches sans caractère. Règles normales.

N'a jamais souffert en urinant. Pas de constipation. Mais pesanteur dans le bas-ventre. Rapports douloureux, et parfois sensations pénibles en allant à la selle.

Examen : Au toucher vaginal. — Le vagin regarde en haut et en avant; le col est normal; l'utérus présente une rétroversion non réductible. Tentative de redressement douloureuse.

On est frappé, au toucher vaginal, de l'existence de deux ou trois nodules durs qui paraissent sous-vaginaux.

Ces nodules sont très sensibles à la pression. Ils sont fixes et semblent faire partie de la cloison recto-vaginale à tel point qu'on place le spéculum pensant les voir. Mais on n'aperçoit rien, rien d'anormal.

Au toucher rectal. — On se rend compte que les nodules paraissent antérieurs à la paroi rectale et que l'on mobilise nettement la muqueuse sur eux.

Diagnostic. — On est un peu embarrassé pour trancher le diagnostic entre de petits nodules fibromateux de la face postérieure de l'utérus faisant saillie dans le Douglas et une adénomyomatose recto-vaginale possible.

Une intervention est décidée.

Opération. — Le 1^{er} août, opération, à l'Hôpital Boursier, par le Docteur Jean Villar (aidé du Docteur Traissac), chef de clinique, du Service du professeur J. Guyot.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On trouve tout de suite une annexite bilatérale, avec rétroversion utérine. Ayant libéré les annexes des deux côtés, on arrive sur une masse inflammatoire, d'aspect polykystique, remplissant le Douglas, extrêmement adhérente à la face postérieure de l'utérus et au rectum, qui la recouvre.

Après avoir péniblement décollé le rectum jusqu'au-dessous de la masse qui occupe, nettement, la partie haute de la cloison recto-vaginale, on fait alors le diagnostic d'adénomyome recto-vaginal, imposant une hystérectomie totale.

L'aspect de la lésion reproduit typiquement, en effet, la figure de Michon et Comte. Les nodules siègent à la face postérieure de l'utérus, de l'isthme, et du col, sont kystiques, les uns citrins, les autres bleuâtres.

Refoulement de la vessie, qui se clive mal; difficulté d'hémostase au niveau des ligaments utéro-sacrés, enflammés et épaissis.

Section du vagin au-dessous de la lésion. Bonne hémostase.

Drainage vaginal par un drain et deux mèches.

Péritonisation haute, colo-vésicale, hermétique.

Deuxième temps : Appendicectomie, sans enfouissement, pour appendice gros, long, rouge, sans adhérences.

Fermeture en trois plans, sur un petit drain abdominal.

Suites opératoires. — Excellentes.

Pouls à 110. Température à 38 degrés dans les trois premiers jours. Facies excellent. Silence abdominal complet. Les gaz sont émis dès le deuxième jour.

Le 7 août, ablation des mèches et du drain vaginal.

Le 14 août, ablation des points, cicatrisation *per primam*.

Le 24 août, la malade sort du service, complètement guérie.

Revue en mai 1932. Excellent état local et général. Aucune récidive.

Examen de la pièce. — Par suite d'un défaut de fixation, il n'a pas été possible d'avoir un examen histologique de la tumeur.

OBSERVATION II.

(Due à l'extrême obligeance du Professeur agrégé PAPIN.)

Mme G..., 48 ans, habitant le Bouscat.

Entre à la Clinique Pasteur le 22 avril 1928.

Cette malade accuse quelques pertes de sang irrégulières, survenant depuis près d'un an, au voisinage de ses règles, qui se trouvent nettement augmentées. Elle a aussi une sensation de pesantEUR rectale et pelvienne. A l'examen, on constate un utérus volumineux, de consistance fibromateuse; l'augmentation de volume porte surtout sur la partie inférieure et postérieure. Il existe là plusieurs nodosités qui semblent descendre très bas entre rectum et vagin et être assez fixées; on ne les délimite pas exactement et elles donneraient presque l'impression de masses diffuses que donnent des reliquats de vieille hématoCÈle.

Opération le 24 avril 1928. Laparotomie sous-ombilicale.

L'utérus, fibromateux, est enlevé par hystérectomie, mais celle-ci, étant donné le siège très bas des lésions, doit être une hystérectomie totale et sectionne le vagin. Les nodosités dures senties à l'examen et qui semblent des masses fibromateuses venues de la partie postérieure de l'isthme s'infiltrèrent dans la cloi-

son recto-vaginale et rendent difficile l'hystérectomie totale qui est pratiquée.

La guérison opératoire s'est faite sans incident.

En mai 1932, soit quatre ans après l'opération, la malade est parfaitement bien portante.

Examen histologique (Bonnard et Piéchaud). — La tumeur utérine enlevée forme une masse myo-conjonctive, ondulante et tourbillonnante, contournant les vaisseaux et cloisonnée par d'épaisses lames collagènes. Ça et là, elle est découpée par des tubes glandulaires engainés par une couche cytogène; ce complexe histologique est la copie fidèle de la cavité utérine; on peut donc porter le diagnostic d'endométriose, puisque l'examen de la pièce a montré que la tumeur n'était pas en relation de continuité avec l'endomètre en certains points; les éléments tumoraux présentent une certaine jeunesse, mais sans caractère de malignité, tandis qu'ailleurs ils présentent une vitalité diminuée, en rapport avec la nécrobiose.

OBSERVATIONS III ET IV.

(L. MICHON et F. SANTY, Société de chirurgie de Lyon,
séance du 12 janvier 1928, *Lyon chirurgical*.)

Endométrioses de l'espace recto-vaginal.

I. — Mme B..., 45 ans, est vue le 30 janvier 1925. Elle a eu 2 enfants et une fausse couche. En 1916, pneumonie double. Actuellement, elle se plaint de douleurs abdominales continues, mais beaucoup plus marquées au moment des règles, où elles ont un retentissement intestinal très net. Au toucher vaginal, utérus augmenté de volume, dévié vers la droite et paraissant refoulé par une masse gauche bloquée contre l'S iliaque. On porte le diagnostic d'annexite gauche ancienne, avec pelvis bloqué et utérus fixé. Le 2 mai 1925, même situation.

Le 12 mai 1925, laparotomie médiane. La masse gauche, que l'on avait prise pour une annexite correspond à un bloc fixant l'utérus au haut rectum et très difficile à cliver. On croit à un

épithélioma recto-sigmoïdien. Après hystérectomie totale, on ampute le rectum. Opération difficile, car préparation intestinale insuffisante; inondation septique du pelvis; décès le troisième jour.

Examen histologique (Noël). — L'épithélium de recouvrement de l'S iliaque est normal. Sous lui, dans la sous-muqueuse, dans la musculuse, multiples formations glandulaires à évolution kystique, recouvertes par un épithélium unitratifié, formé de cellules cylindriques basses. Ces formations, entourées par un stroma cytogène, rappellent l'aspect de certaines métrites hyperplasiques beaucoup plus que celui des néo intestinaux. Ces formations glandulaires existent dans toute l'épaisseur de la paroi, mais elles sont d'autant plus abondantes en nombre que l'on s'éloigne de la surface épithéliale. C'est l'aspect d'un endométrisme intestinal ayant envahi toute l'épaisseur de la paroi recto-sigmoïdienne.

II. — Mme J..., 43 ans, vue le 10 octobre 1927. A eu deux jumeaux. Actuellement, troubles de la ménopause. En juin 1927, a eu une perte rouge prolongée, suivie de pertes fétides et d'une abondante leucorrhée. Depuis très longtemps, elle avait de la dysménorrhée douloureuse. Amaigrissement, anorexie. Au toucher, gros utérus antéfléchi. Les deux annexes perceptibles, mais, en outre, on sent dans le fond du vagin une large induration de dimensions d'un macaron adhérent au col et infiltrant l'espace recto-vaginal. On pense qu'il doit s'agir d'un cancer vaginal au début, soit d'un adéno-carcinome pelvien.

Le 18 octobre, par toucher rectal, la masse paraît plus volumineuse; et l'on a la sensation qu'elle vient du vagin, car si la muqueuse rectale est immobilisée, elle n'est pas ulcérée. Par contre, par le toucher vaginal, on a l'impression qu'il s'agit d'un néoplasme rectal, mais là également la tumeur est très près de la muqueuse.

Intervention (19 oct. 1927). — Laparotomie médiane sous rachianesthésie; l'S iliaque est très long. On découvre la tumeur soudant la face antérieure du rectum à la face postérieure du vagin, supprimant le Douglas. On diagnostique une tumeur néoplasique.

Le 2 novembre 1927, pensant à la possibilité d'un endométrisme

recto-vaginal, examen au spéculum du cul-de-sac postérieur, dans le but de rechercher les kystes bleus caractéristiques de cette lésion. Il en existe de très nets.

Deuxième intervention (4 nov. 1927). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane. On attaque comme pour une hystérectomie totale, mais au niveau de la partie rectale de la tumeur on isole la masse du Douglas, et au niveau de la partie rectale de la tumeur on ouvre la muqueuse pour pouvoir libérer l'adhérence à ce niveau, et l'on termine en sectionnant le vagin assez bas. Il reste alors à la face antérieure du rectum une perte de substance grande comme une pièce de 2 francs. Suture transversale en deux plans. Deux mèches pelviennes sortent par le vagin, péritonisation haute. Suites opératoires simples, sauf une petite suppuration de la paroi.

Examen histologique (Noël). — Macroscopiquement, une coupe intéressant d'un côté la muqueuse vaginale, de l'autre la muqueuse rectale, montre qu'il s'agit d'un volumineux adénomyome. Histologiquement, aspect caractéristique d'un endométrioïde; tubes épithéliaux formés de cellules cubiques, unistratifiées et entourées d'un abondant stroma cytogène.

OBSERVATION V.

(D: IRACIA, *Pressa medica argentina*, an XIV, n° 24, 30 janvier 1928, p. 896-899.)

Endométrioïde diffus du rectum et du vagin.

Observation d'une femme de 34 ans qui se plaignait de fortes douleurs rectales au moment des règles avec métrorragies abondantes. Les touchers rectal et vaginal permirent de percevoir une tumeur papillomateuse du rectum et du vagin.

Laparotomie exploratrice : extirpation impossible. On se contente d'enlever les deux annexes. L'effet obtenu a été remarquable et suivi pendant un an. La tumeur a diminué de volume et n'offre plus de sensibilité.

OBSERVATIONS VI et VII.

(MAX BALLIN (Détroit), *Surgery, Gynecology and Obstetric*, vol. XLVI, n° 4, avril 1928, p. 525-535; *Journal de chirurgie*, 1928.)

Fistules menstruelles postopératoires et endométriales.

I. — Pesanteur dans le rectum et douleurs violentes au moment des règles. Il existe une petite tumeur dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Laparotomie : on trouve dans la cloison recto-vaginale une tumeur fibromateuse contenant des kystes sanguins. La tumeur est mise à jour par le vagin, avec écoulement de liquide chocolat. La masse n'est pas excisée tout entière à cause de ses connexions intimes avec la paroi rectale.

A la suite de l'opération, un liquide foncé s'écoule par le vagin, avec douleurs vives, lors de chaque menstruation; ces douleurs sont calmées chaque fois par la ponction des kystes à travers la paroi vaginale.

II. — F..., 35 ans.

Tumeur analogue palpable dans le septum recto-vaginal et très douloureuse lors des règles. L'opération montre un endométriole de la cloison.

OBSERVATION VIII.

(V. METZ, *Archiv. für Gynäkologie*, t. CXLI, 12 mai 1930, p. 145-146, avec 2 fig.; Cunéo Duval, *Journal de chirurgie*, juillet 1930.)

Endométriole simulant un cancer du rectum.

Il rapporte l'histoire d'une femme de 41 ans, qui, depuis quelques années, a des règles douloureuses; en 1921, on enlève des polypes de la paroi vaginale; depuis 1926, les règles sont très abondantes, mais maintenant irrégulières. Enfin, elle se plaint d'alternatives de constipation et de diarrhée et de douleurs à la défécation.

A l'examen, on trouve un col très allongé, et dans le cul-de-sac

postérieur la paroi vaginale paraît traversée de tumeurs polypeuses rouge bleuâtre, saignant légèrement. Le toucher rectal décèle, à 5 centimètres, une tumeur saillante sur la paroi antérieure, à bords mous, mal délimités; le rectum est à ce niveau circulairement rétréci; tout le pourtour de la tumeur (et surtout le septum recto-vaginal) est infiltré de gros noyaux. La rectoscopie n'est pas faite par crainte de perforations.

Les symptômes faisaient croire à un cancer du rectum propagé au vagin, mais la coloration rouge bleuâtre des nodules vaginaux, les antécédents d'hémorragies, étaient en faveur d'un endométriose.

Une biopsie confirme ce diagnostic, en montrant des formations muqueuses de types utérins, avec un stroma cytogène typique, de l'hémosidéridine dans les espaces lymphatiques.

L'exérèse chirurgicale aurait conduit à une résection étendue du rectum et à l'établissement d'un anus contre nature. Il préféra le traitement radiothérapique selon la technique de Zondek et Ottow. Dix semaines après, il ne restait plus qu'une cicatrice facilement franchissable, le septum était libre; dans les paramètres seulement se trouvaient des infiltrations cicatricielles ou nodulaires.

OBSERVATION IX.

(TIXIER et POLLOSSON, Société de chirurgie de Lyon,
séance du 1^{er} mai 1930.)

Adénomyome de l'espace recto-vaginal.

Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Mlle M..., 40 ans, a toujours été réglée très régulièrement, depuis l'âge de 11 ans; règles indolores, d'abondance normale. Son histoire débute en mai 1929 par une rectorragie, et durant tout un mois, en allant à la selle, émission d'une petite quantité de sang rouge. La malade ne souffre pas. Cet incident s'arrête spontanément, pas d'hémorroïdes. En août 1929, entre les règles, petites pertes rosées ou sanglantes continues, sans odeur, durant environ

deux à trois semaines par mois. Les règles sont devenues douloureuses. A noter que cette dysménorrhée reste légère; ce ne sont point les phénomènes douloureux qui conduisent la malade à l'examen médical, mais plutôt les pertes continues. Les examens divers discutent un néo du rectum, un néo du col ou une cystite. Les troubles urinaires ont été cependant passagers et très légers.

La malade est vue en février 1930. Sa virginité rend l'examen difficile; elle permet cependant de percevoir, par un toucher en éiseau, une petite masse, d'un volume d'une noix verte, qui bombe dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Elle donne l'impression d'être végétante; le doigt le fait saigner facilement. Cette masse se développe dans la cloison recto-vaginale, sans cependant adhérer au rectum, dont la muqueuse est absolument libre et glisse sous le doigt. Elle monte derrière l'utérus, sous forme d'une coulée dont on n'arrive pas à préciser la limite supérieure. Elle paraît être fixée infiniment plus dans la partie postérieure de l'isthme utérin qu'à la paroi antérieure du rectum. Le col paraît sain. L'utérus, de volume normal, en antéflexion physiologique. Annexes non perçues.

Le 22 février, sous anesthésie générale, après dilatation de l'hymen, grâce à deux valves, on aperçoit la tumeur dans le cul-de-sac postérieur sur la ligne médiane, sous forme d'une masse d'aspect grenu, recouverte par la muqueuse vaginale, lisse et brillante, sous laquelle on distingue par transparence de petits kystes bleu noir. En deux endroits, des points rouge framboisé, un peu comme des bourgeons, charnus, sont saignotants. Biopsie large.

Examen histologique (Pollosson). — Adénomyome typique. Le revêtement malpighien vaginal absolument normal. Le tissu sous-jacent est constitué par un bloc fibro-conjonctif banal, sans signes d'inflammation, mais contenant de nombreuses cavités kystiques, tapissées d'un épithélium glandulaire cylindrique unistratifié. Histologiquement lésion essentiellement bénigne.

Le 4 avril 1930, intervention (Prof. Tixier, Pollosson, Caréassonne). Incision de Pfannenstiel. Hystérectomie totale difficile car il s'agit d'une femme grasse, à bassin profond et à tissus friables.

De plus, il est impossible, étant donné la rétraction du Douglas, de mobiliser l'utérus en arrière pour le faire monter. On entre dans le vagin en avant et on aperçoit très nettement la tumeur occupant le cul-de-sac postérieur et se prolongeant dans le Douglas sous forme d'une masse très adhérente aux parois du rectum. On hésite à passer en arrière, car pour cela il faudrait réséquer une large portion du rectum. On décide alors d'aborder la tumeur en avant par la cavité vaginale et on la sectionne de bas en haut en rasant le bord antérieur du rectum.

On enlève ainsi la plus grande partie de la tumeur; mais il est évident que s'il s'agissait d'un cancer, ce serait une mauvaise opération.

Péritonisation haute avec le sigmoïde sur un tamponnement vaginal avec des mèches. On découvre à ce moment, au niveau du sigmoïde, une petite tumeur froncée. Il s'agit très certainement d'un adénomyome coexistant de l'intestin. On le respecte.

Examen de la pièce. — Tumeur faite d'un petit bloc adénomyomateux adhérent à la partie postérieure de l'isthme utérin. L'utérus, petit, présentant de petites tumeurs des cornes, on aurait pu penser à des adénomyomes. L'histologie montre que ce sont des fibromyomes. Trompe saine. Ovaires d'aspect et de volume normaux. L'un d'eux présente un petit kyste à contenu épais et noirâtre. L'examen histologique des fragments prélevés sur la pièce opératoire confirme le résultat de la biopsie. A signaler cependant que le petit kyste ovarien n'est qu'une formation kystique banale et non point, comme on aurait pu le croire, un endométrioïde.

Suites opératoires favorables. Dès les vingt-quatre premières heures cependant, une hémorragie abondante jugulée par un tamponnement vaginal, injection sous-cutanée de sérum et hémostyl. Le 30 avril, cicatrice vaginale excellente, mais dans le Douglas résistance indiquant que le noyau d'adénomyome, qui a été dilacéré plus qu'enlevé, n'est pas entièrement résorbé.

OBSERVATION X.

L. MICHON et F. CONDAMIN, Communication à la Société de chirurgie de Lyon, séance du 19 mars 1931, (*Lyon chirurgical*, 1931, p. 626).

Forme diffuse d'adénomyome recto-vaginal.

M^{me} M..., âgée de 45 ans, a eu 4 enfants; le dernier accouchement a nécessité une application de forceps. Réglée à 10 ans, elle l'était normalement; elle n'a présenté aucune manifestation génitale digne d'être signalée.

Il y a environ un an, les règles, qui, jusqu'alors, avaient une durée de cinq à six jours, devinrent plus abondantes et l'écoulement menstruel dura douze à quinze jours. Mais surtout a paru une dysménorrhée douloureuse, intense, très marquée, incommodant la malade. En même temps s'installa une rectalgie menstruelle très caractéristique. Les règles une fois terminées, il ne persiste aucune douleur et la défécation est normale.

Le premier médecin consulté aurait perçu une tumeur à l'arrière de l'utérus et conseillé à la malade de voir un chirurgien.

Ce n'est que récemment que la malade, non améliorée et présentant des métrorragies presque continues, vint consulter le Docteur Condamin.

L'examen montre alors par le toucher vaginal une infiltration dure du cul-de-sac postérieur, qui amarre le col en rétroposition et permet de sentir de petits polypes saignotants, que Condamin prend d'abord pour un envahissement néoplasique d'une tumeur de l'ovaire fixée dans le cul-de-sac postérieur. Pourtant ces polypes ne sont pas du tout friables.

Le toucher recto-vaginal révèle l'existence d'une tumeur du volume d'une noix verte occupant l'espace recto-vaginal et adhérent par contact direct au cul-de-sac postérieur et au rectum. La muqueuse rectale, quoique au contact direct de la tumeur, est lisse et glisse sous les doigts. L'utérus est normal mais fixé; les annexes ne sont pas perçues; la tumeur est un peu latéralisée et mieux perçue du côté droit que du côté gauche.

Les renseignements donnés par le toucher recto-vaginal font pen-

ser à Condamin à la possibilité d'un endométriome de l'espace recto-vaginal. Et pour confirmer le diagnostic, il pratique un examen au speculum : celui-ci montre, d'une part, des petits polypes filiformes portant à l'extrémité un petit point noir, ce qui fait ressembler la lésion à une « corne d'escargot »; d'autre part, la muqueuse du cul-de-sac postérieur, qui est foncée, inextensible, est soulevée par les petits kystes bleuâtres caractéristiques de l'affection.

A partir de ce moment, le diagnostic est certain. Toutefois, Condamin fait une biopsie, qui donne le résultat suivant.

« Sous l'épithélium malpighien muqueux du vagin et dans un stroma fibroïde, on retrouve, bordées par un anneau discontinu de stroma cytogène très richement vascularisé, des cavités glandulaires à épithélium cilié. C'est la structure des endométriomes. Les points noirs à l'extrémité des polypes correspondent à des hémorragies intrakystiques. »

Dans ces conditions, l'intervention est décidée.

Intervention (13 mars 1931), (Michon, Condamin). — Anesthésie au Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, l'appareil génital apparaît comme normal : l'utérus n'est pas gros, les annexes sont saines et les ovaires notamment ne portent aucune formation kystique pouvant faire suspecter un endométriome de l'ovaire.

Par la main enfoncée dans le Douglas, on perçoit le pôle supérieur de la tumeur, qui est sous-péritonéale. Le cul-de-sac de Douglas est diminué dans le sens entéro-postérieur, et le fond apparaît comme froncé.

On se propose, comme but, de faire une hystérectomie totale et d'enlever la tumeur avec une large colerette vaginale postérieure. Libération habituelle de l'utérus par section progressive des pédicules, mais le bassin est profond et surtout l'utérus n'ascensionne pas du tout, malgré les tractions : en réalité, la tumeur est située en entier au-dessous du plan de section, qui va passer par le dôme vaginal. Comme la tumeur tient intimement à la paroi rectale, on taille en plein dans sa masse, sans vouloir, de parti pris, l'enlever en totalité, persuadé que l'on ferait ainsi une brèche rectale importante. On laisse donc en place, après ablation de l'utérus, un

macaron adhérent au rectum et quelques formations polypoïdes du cul-de-sac postérieur, que l'on ébarbe aux ciseaux. Péritonisation haute. Suites simples.

L'examen de la pièce montre dans l'épaisseur de la lèvre postérieure un kyste endométrial du volume d'un noyau de cerise et contenant du sang noir. La coupe des ovaires ne révèle aucune formation kystique pouvant faire penser à un endométriome. Un examen histologique de la paroi du kyste confirme le diagnostic d'endométriome.

En somme, il s'agit d'une forme diffuse d'endométriome recto-vaginal avec polypes endométriaux du cul-de-sac postérieur.

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de notre étude, si nous nous efforçons d'en tirer quelques conclusions, nous constatons que les adénomyomes recto-vaginaux, pour aussi rares qu'ils soient, commencent à être mieux connus actuellement, surtout en France.

Les réflexions que nous suggèrent les observations qui ont servi de base à notre étude viennent à l'appui de celles qu'émettaient Michon et Condamin lors d'une communication à la Société de chirurgie de Lyon, en mars 1931.

La multiplicité des hypothèses, leurs contradictions, montrent bien l'incertitude dans laquelle on se trouve encore quant à la pathogénie de ces tumeurs.

Par contre, au point de vue clinique, les caractères de l'adénomyome sont beaucoup mieux définis.

Certains signes pourront donc faire penser au diagnostic : Dysménorrhée douloureuse et rectalgie menstruelle.

Leur accorder une valeur vraiment pathognomonique serait exagéré. Encore faut-il, à notre avis, distinguer deux ordres de cas.

a) Tout d'abord ceux où la constatation d'une tumeur relativement limitée, jointe aux signes fonctionnels précités, forment un ensemble symptomatique qui permet presque à coup sûr de soupçonner l'endométriose, tumeur bénigne.

b) D'autre part, ceux, dans lesquels une masse diffuse enserrant les organes du petit bassin fait penser à un cancer, et où il est de toute nécessité de pratiquer une biopsie dont les résultats poseront les indications opératoires.

Le succès complet signalé dans nos observations et obtenu par le traitement chirurgical ne peut que nous inciter à

approuver la majorité des auteurs, français et étrangers, qui préconisent ce dernier de préférence aux agents physiques.

L'indication opératoire est nettement posée de par l'intensité des troubles fonctionnels et la constatation d'une tumeur de nature histologiquement bénigne. Même en l'absence de celle-ci, on est souvent amené à opérer, en raison des lésions annexielles ou utérines d'autre nature.

A notre avis, deux notions principales doivent guider l'acte chirurgical : nécessité d'enlever ovaires et utérus, mais possibilité d'une excision incomplète de la tumeur en raison de sa régression après l'intervention. Et c'est là un point particulier, encore que mystérieux, qui donne un caractère troublant à l'histoire de ces endométryomes.

Pratiquement, on fera une laparotomie sous-ombilicale, qui permettra, en premier lieu, de faire le bilan des lésions et d'explorer méthodiquement le petit bassin, le sigmoïde et le grêle.

Ce temps d'exploration terminé, on procédera à l'hystérectomie totale, qui soustraira la tumeur à l'influence des ovaires et permettra le clivage de la cloison recto-vaginale; toujours guidé par le même principe, on évitera autant que possible une dissection trop poussée du rectum, préférant lui laisser une portion de tumeur adhérente que d'en ouvrir la lumière.

Les résultats, généralement excellents, légitiment parfaitement une opération que, de parti pris, on n'a pas cherché à faire trop complète.

VU : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 21 juillet 1932.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- DONALD (Archibald). — Adonomyoma of the recto-vaginal and its association with ovarian tumours containing tarry material. *Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, 1922, vol. XXIX.
- BÉGOUIN et F. PAPIN. — Précis de pathologie chirurgicale, t. V, éd. 1928, Masson, Paris.
- COTTE et GRANGETTE. — *Lyon Chirurgical*, XXVIII, mars-avril 1931, p. 235.
- DEROCQUES. — Endométriomes vaginaux et paravaginaux. Thèse de Paris, 1926, Amédée Legrand.
- J. et P. FIOLE. — Les fibroses péri-méto-rectales. *Journ. de chir.*, 1914, p. 575.
- FERRACIN. — Stulla produzione sperimentale d'endometriomi. *Bull. Soc. di viol. sper.*, Napoli, 1926, I, 123.
- FORGUE et MASSABUAU. — L'adénomyomatose diffuse de l'utérus et du rectum. *Paris médical*, 1913, t. I.
- FREUD (R.). — Adénomiositis rectovaginalis. *Zt. f. Geb.*, 1920, LXXXIII, s. 258, und *Zbl. f. gyn.*, 1921, s. 185.
- GOULARD. — Contribution à l'étude des endométriomes de l'utérus. Thèse Bordeaux, 1931.
- JAYLE. — Le solénome du ventre de la femme. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mai 1926.
- LAUCHE. — Sur les formations déciduales du vagin comme contribution au diagnostic de l'adéno-fibromatose de la cloison recto-vaginale, *Zentralbl. für Gynäk.*, 1929, 8 nov., n° 45.
- MICHON et COMTE. — Adénomyomes de l'espace recto-vaginal. *Lyon chirurgical*, 1926.
- MICHON et SANTY (F.). — Endométriomes de l'espace recto-vaginal, *Lyon chirurgical*, févr. 1928.

- MICHON et CONDAMIN. — *Lyon chirurgical*, sept.-oct. 1931, p. 626-630.
- NATHAN. — Thèse Paris, 1929. L'adénomyome et de l'adénomyose de la femme. Amédée Legrand, édit.
- OBERLING. — Les endométriomes. *Ann. d'anat. pathol.*, sept. 1924; *Presse médicale*, sept. 1930.
- PALLAZO et SANMARTINO (R.). — *Prensa med. Arg.*, 16, 1679-1685.
- SAMPSON (J.-A.). — Perforating hemorrhagic (chocolate) cyst. of the ovary. Their importance and especially their relation to pelvic adenomas of endometrial typ (« adenomyoma ») of the uterus, recto-vaginal septum, sigmoid, etc. *Amer. of surg.*, 1924, III, p. 245-323.
- TIXIER et POLLOSSON. — Adénomyome de l'espace recto-vaginal. *Lyon chirurgical*, juin 1930.
- VIOLET et MICHON. — Les adénomyomes de l'utérus et des ovaires. IV^e Congrès des gynécologues et des obstétriciens de langue française, Paris, 1925

